



SOLICITUD DEL TÍTULO IV-D PARA SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES Y LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE

CLÁUSULA SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Yo entiendo que el Departamento de Seguridad Económica del Estado de Arizona (DES)/ La División para Sustento de Menores (DCSE) me esta pidiendo que yo voluntariamente provee mi número de seguro social como parte del proceso de esta *solicitud*. El DES/DCSE utilizará esta información así como lo autoriza la ley para proveer servicios de sustento de menores que incluyen el establecimiento de la paternidad y una orden del tribunal para el sustento del menor, y la recolección sobre la orden del tribunal para el sustento del menor. Si yo no les proveo mi número de seguro social o el de mi niño/a hoy mismo, yo entiendo que lo tendré que hacer cuando el DCSE/o sus agentes se preparen para ir al tribunal con el propósito de obtener una orden de paternidad o de sustento de menores del tribunal. Esto se requiere conforme a la ley federal 42 U.S.C. 666 (a)(13) y por la ley estatal A.R.S. § 25-1251.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el DCSE prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El DCSE tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el DCSE debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el DCSE tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el División para Sustento de Menores al 602-252-4045; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

[Available in English.](#)



DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA
DIVISIÓN DE SUSTENTO DE MENORES
P.O. BOX 40458 • PHOENIX, ARIZONA 85067 • (602) 252-4045

Gracias por solicitar información sobre los servicios de sustento de menores. La División de Sustento de Menores tiene la responsabilidad de administrar el programa de sustento de menores por medio del Estado de Arizona Conforme al Título IV-D del Acto de Seguro Social. Usted no tiene que pagar una cuota para solicitar servicios. Una vez que su caso se abra, a usted se le puede cobrar una cuota de \$25 por año (vea [Cuotas por Servicios de Sustento de Menores](#) en la página 4). Los siguientes son los servicios disponibles por medio del DCSE:

- **Establecimiento de la paternidad legal**
- **Establecimiento de una orden del tribunal para el sustento de menores y sustento médico**
- **Cumplimiento de una orden de sustento de menores**
- **Cumplimiento de una orden del tribunal para el sustento conyugal que incluye una orden del tribunal para el sustento de menores**
- **La localización de padres**
- **Revisión de la orden del tribunal para el sustento de menores con la posibilidad de una modificación**

Adjuntamos la **Solicitud Para Los Servicios de Sustento de Menores del Título IV-D** para que usted la llene-y-solicite nuestros servicios. Es muy importante que usted revise cuidadosamente este documento y después llene completamente todos los formularios adjuntos. **Por favor de no dejar ninguna línea en blanco.** Por favor escriba "N/A" en las preguntas que no se aplican a su situación. Cuando usted no sabe o no tiene la respuesta por favor de escribir "UNK" que es desconocido. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor llame al Servicio de Asistencia Para Clientes del DCSE al (602) 252-4045 para obtener asistencia. Por favor use tinta negra para llenar la solicitud, si le es posible. **Si usted no FIRMA la última página de la solicitud y obtiene la firma de un/a TESTIGO donde se indica, no podremos suministrarle servicios.**

Es muy importante y necesario tener información completa, correcta, y al corriente acerca de los padres para que así el DCSE pueda proceder en su caso con todas las actividades relacionadas con el sustento de menores inclusive el obtener y recolectar sustento de menores y sustento médico.

Junto con la solicitud IV-D, por favor envíe cualquiera de los siguientes documentos que usted ya tenga o que pueda obtener del Secretario del Tribunal en el condado donde se presentó su orden de sustento de menores:

1. Si es necesario establecer la Paternidad, por favor proveer una copia del acta de nacimiento de cada uno de los niño/a(s). Si ha estado casado/a, proporcione una copia de su(s) licencia(s) de matrimonio.
2. Una copia de alguna/todas las órdenes del tribunal/modificaciones que tienen que ver con el sustento del/de la menor o la paternidad del/de la(de los/las) niño/a(s). Por favor incluya todas las órdenes legales de paternidad y de sustento de menores, decreto de divorcio, y cualquier otro documento del tribunal.
3. Una copia de un comprobante de todos los pagos en su caso, si los tiene disponibles y sólo si los pagos son ordenados por medio del Tribunal o por el Banco de Compensación. Usted no necesita proveer comprobante de los pagos que se hicieron por medio del sistema ATLAS, es el sistema automático de pagos de Arizona. (Sistema Automático de Localización de Arizona).

Usted es automáticamente remitido al DCSE para obtener servicios, si es que usted actualmente está recibiendo asistencia pública tal como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o si está participando en el programa federal del Título IV-E Cuidado Temporal (*Title IV-E Foster Care*).

Como solicitante de los Servicios de Sustento de Menores del Título IV-D (DCSE) usted está de acuerdo en cooperar por completo en todas las acciones necesarias que le requiera La División de Sustento de Menores (DCSE) o sus agentes y sus abogados para establecer la paternidad, modificar o recolectar la obligación de sustento de menores.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CUANDO TRABAJA CON DCSE PARA SERVICIOS DE SUSTENTO PARA MENORES

LA COOPERACION INCLUYE PERO NO ESTÁ LIMITADA A LO SIGUIENTE:

1. LLENAR TODO DOCUMENTO QUE LE PIDA EL DCSE O SUS AGENTES, Y
2. PRESENTARSE A LA OFICINA LOCAL DE SUSTENTO DE MENORES, LA OFICINA LOCAL DE ABOGADOS DEL DCSE, A DEPOSICIONES DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS O DEL TRIBUNAL O A UN SITIO DESIGNADO PARA UN EXÁMEN GENÉTICO DESPUÉS DE HABER RECIBIDO UN AVISO.
3. PROVEER TODA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DISPONIBLE QUE LE PIDA EL DCSE Y
4. NOTIFICARLE AL DCSE SOBRE CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE:
 - **Cualquier cambio** en su dirección de domicilio o postal, números de teléfonos de contacto, y empleador. Sin la información al día en su archivo, puede que su Número de Identificación Personal (PIN) no se pueda cambiar puesto que esta información se usa para verificar su identidad.
 - Si usted ha recibido beneficios de asistencia en efectivo/pública (TANF/AFDC) en el pasado a nombre suyo o de su(s) niño/a(s) en un Estado que no sea Arizona.
 - Si usted obtiene un abogado para que lo/a represente en asuntos de sustento de menores o si usted/su abogado buscan una audiencia con el tribunal relacionada con paternidad, sustento de menores o divorcio.
5. Proporcionarnos copias de **cualquier documento legal** u otros avisos que tenga en su posesión relacionados con su divorcio, sustento de menores, sustento médico, asuntos de custodia, modificación de sustento de menores o custodia, declaración de bancarrota de parte del padre que paga, declaraciones, apelaciones, etc., y
6. Informarnos sobre **cualquier** cambio en la custodia legal o física del/de la(de los/las) niño/a(s), incluyendo custodia (a largo o a corto plazo), si usted vive de nuevo con el otro padre, y o cambios importantes en su situación financiera y
7. Darnos la información total y completa sobre el nombre del otro padre, la dirección, el número de seguro social, la fecha de nacimiento, los ingresos, el historial de educación y de empleo. Reporte información nueva sobre el otro padre inmediatamente. La cantidad de información que usted suministre puede afectar la posibilidad de que el DCSE localice al otro padre y pueda trabajar exitosamente en su caso y
8. Darle al DCSE las declaraciones financieras completas que le solicite. Puede ser que a usted se le requiera suministrar verificación de gastos médicos, de educación y cuidados de niños así como sus ingresos, e información sobre otros/as niños/as naturales o adoptivos/as en su hogar. Puede ser que a usted también se le requiera suministrar información sobre horarios de visita/crianza. Esta información se necesita para establecer o modificar una orden de sustento de niños y
9. Estar de acuerdo en devolverle al DCSE cualquier dinero que se le pagó a usted por error. Esto incluye: (1) pagos que eran para un padre diferente, (2) pagos que se recibieron del padre que paga que no se llevaron a cabo debido a fondos insuficientes o a una orden de suspensión de pagos, y (3) pagos recibidos de la Agencia Federal de impuestos que son invertidos luego.
10. Firmar un acuerdo de derecho de recuperación y pagar costos de recuperación y/o honorarios si su caso se envía a otro estado donde la ley requiere que el/la solicitante solicite servicios IV-D para reembolsar los costos actuales de procedimientos interestatales.
11. Estar de acuerdo en pagar por los costos de examen genético (ADN, en inglés DNA) en un caso de paternidad si se determina que usted es el padre.

EL SOLICITANTE COMPRENDE QUE DCSE TIENE EL DERECHO Y LA RESPONSABILIDAD DE:

- Tratar de establecer paternidad y sustento de menores, incluyendo cobertura de seguro médico, y hacer cumplir las obligaciones de sustento de menores y de sustento conyugal que ya fueron ordenadas por el tribunal.
- Decidir la mejor forma de manejar su caso de una manera consistente con los requerimientos estatales y federales. DCSE por lo general usará remedios de cumplimiento administrativos, cuando sea apropiado, en lugar de acciones judiciales. DCSE consultará con su consejero legal para determinar si es necesaria una acción legal y actuará en forma consistente en el mejor interés del Estado de Arizona.
- Notificar al solicitante sobre todos los procedimientos para establecer y modificar el sustento y darle al/a la solicitante copias de órdenes del tribunal, si es necesario.
- Darle al tribunal su dirección/domicilio y alguna otra información de identificación personal para el litigio del sustento de menores y a otros de acuerdo a lo que permite la ley federal y estatal a menos que se determine que su información debe ser protegida. El DCSE debe cumplir con las órdenes del tribunal relacionadas con revelar su dirección/domicilio o información en su caso o al tribunal o algún procedimiento.
- Revelar el número de seguro social del niño/a(s) al empleador de uno de los padres cuando se le requiere al padre proveer seguro médico.
- Cuando uno de los padres solicite una modificación, el DCSE debe revisar la orden del tribunal cada tres (3) años para una modificación y determinar si es apropiado un ajuste. (La revisión determinará si la cantidad en la orden del tribunal es razonable y apropiada conforme a la Directriz de Sustento de Menores de Arizona (*Arizona Child Support Guidelines*) y que puede resultar en una disminución, aumento, o ningún cambio en la cantidad actualmente en la orden del tribunal para sustento de menores). Se puede solicitar una modificación de la orden del tribunal si la orden del tribunal para el sustento de menores no incluye una provisión de seguro médico. Las solicitudes que se reciben más frecuentemente que cada tres (3) años deben indicar un cambio sustancial y cambios continuos en las circunstancias. Puede que DCSE se le requiera solicitar una modificación de la orden del tribunal, ya sea hacia arriba o hacia abajo de acuerdo con la ley estatal.

REQUISITOS RIGUROSOS DE LA LEY FEDERAL Y ESTATAL PARA DISTRIBUIR SUSTENTO PARA MENORES

- Los pagos que recolectamos deben de ser distribuidos durante dos (2) días a partir del día en que se recibieron después de que se provee toda la información apropiada. Esto no se aplica a los pagos de reembolso de impuestos interceptados o a pagos que no se pueden identificar. Puede ser que se retengan grandes cantidades y/o cheques de fuera del estado hasta que sean autorizados por el banco.
- DCSE emite todos los pagos recibidos para usted por medio de depósito directo a su cuenta bancaria o a una Tarjeta de Pago Electrónico de Arizona (EPC) emitida a nombre suyo, la cual es una tarjeta de débito con los pagos de sustento de su niño/a almacenados en ella. La tarjeta EPC se puede usar para pagar por productos y servicios o para obtener efectivo en cualquier ATM o de vendedores minoristas en todo el mundo.
- Las razones específicas por las que un/a cliente puede solicitar una exención por dificultades de la División de Sustento de Menores (DCSE) o de la Unidad de Pagos del Estado (State Disbursement Unit, cuyas siglas en inglés son SDU) son 1) El cliente no reside dentro de treinta (30) millas o menos de un ALLPOINT ATM Ó 30 millas de un lugar de ventas al por menor, Y/Ó 2) El/la cliente no tiene acceso a ningún tipo de cuenta en institución financiera para fines de recibir pagos electrónicos por medio de depósito directo, Y/Ó 3) El cliente ha afirmado por escrito con documentos de apoyo que el uso de una tarjeta de acceso electrónico y/o depósito directo creará una dificultad excesiva debido a una discapacidad física o mental documentada, Y/Ó 4) El cliente está involucrado/a en procedimientos legales que requieren que los pagos sean enviados a un fideicomista o beneficiario representante.

Un cliente puede solicitar una exención por dificultad por escrito en cualquier momento a ARIZONA STATE DISBURSEMENT UNIT, HARDSHIP EXEMPTION, PO BOX 36626, PHOENIX, AZ 85067-6626. Para obtener una exención por dificultad, el/la cliente debe documentar la causa de la exención, incluyendo presentar pruebas de cualquier discapacidad física o mental. La División de Sustento de Menores responderá por escrito a todas las solicitudes de exención por dificultad dentro de 30 días de calendario.

- El primer dinero que se reciba durante un mes es considerado como el sustento corriente de ese mes y se le debe distribuir a los dos (2) días después que DCSE haya documentado el pago.

- Una vez que ya se pague el sustento corriente del mes, cualquier dinero que se reciba de más durante el mes será considerado como pago hacia el sustento que no se pagó en el pasado o sustento retrasado. Si se recibe un pago que exceda la cantidad de la obligación de sustento corriente y no se debe ningún sustento, DCSE le dará crédito (por esa cantidad excedente) hacia el sustento en el futuro, o a honorarios pendientes. Los honorarios no se restan de ningún pago hasta que la cantidad completa de sustento se haya pagado por el mes, estos incluyen el sustento corriente y retrasado.
- Si el padre que hace los pagos le debe el sustento corriente mensual a más de una familia, todo el sustento corriente se pagará primero antes de que se aplique dinero como pago a la cantidad de sustento que se debe en el pasado. Cuando la cantidad que se recolectó no es suficiente dinero para pagar el sustento corriente mensual a todas las familias, el empleador repartirá el pago entre las familias.
- Si el padre que tiene la custodia se cambia de domicilio y no le informa a DCSE su nueva dirección/domicilio, y DCSE no puede enviarle los pagos de sustento durante ciento veinte (120) días, el pago se le regresará al padre sin custodia. Si el DCSE no puede entregarle la cantidad de sustento al padre sin custodia entonces esta cantidad se considera propiedad abandonada, la cual será revertida al estado por medio del Departamento de Rentas Públicas de Arizona.

CASO CERRADO

- Los factores del caso han establecido un impedimento para tomar una acción hacia la recolección de sustento.
- Usted no ha colaborado, y su colaboración es esencial para el próximo paso para proveer servicios, y usted no está recibiendo beneficios de asistencia pública.
- Usted ha solicitado por escrito que se cierre su caso, no hay ninguna deuda de sustento de menores o médica que se deba conforme a la orden del tribunal y al estado, y ni usted ni su(s) niño/a(s) reciben asistencia pública.
- DCSE no ha logrado comunicarse con usted durante un período de sesenta (60) días de calendario, a pesar de todos los intentos que se han hecho por teléfono y por lo menos una carta por correo de primera clase, y usted no está recibiendo asistencia pública.

EL DCSE O SUS AGENTES NO OFRECEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS

- Demandas de divorcio (Disolución de Matrimonio)
- La recolección de órdenes del tribunal que no incluyen el sustento de menores y sólo dirigen el sustento conyugal o sólo el mantenimiento, y que *no* incluyen sustento de menores.
- Acción legal sobre la custodia, derecho de visitas, o tiempo de crianza.
- Recolección de pagos que son ordenados por el tribunal para pagar costos médicos que no se han pagado u otras cuentas, honorarios de abogado, acuerdos de propiedad, o acuerdos referentes a costos de universidad o colegio.
- Exámenes genéticos (DNA) con el propósito de refutar la paternidad o anular órdenes de paternidad.

REPRESENTACION LEGAL

Los Abogados Generales de Arizona y los Abogados del Condado no lo representan a usted ni a sus niños/as en los procedimientos de sustento de menores; ellos representan al Estado de Arizona. Usted tiene derecho de tener un abogado privado por su propia cuenta, además de los servicios que DCSE proporciona. Si usted no puede pagar un abogado, usted puede comunicarse con los Servicios Legales de la Comunidad al 1-(800)-852-9075 para preguntar sobre servicios legales.

CUOTA POR SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

La Ley de Reducción del Déficit Federal del 2005 (Federal Deficit Reduction Act of 2005), efectiva a partir del 1 de Octubre, 2006, requiere a los estados cobrar una cuota anual de \$25 de recolección en algunos casos de sustento de menores. La ley de Arizona se aprobó en el 2007 para permitir que DCSE cobrara esta cuota. Cada año DCSE debe cobrar la cuota de colección de \$25 por cada caso en el que el estado ha enviado por lo menos \$500 de sustento por una persona que nunca ha recibido asistencia pública.

DCSE debe retener \$25 de sus pagos de sustento, pero sólo después de haber enviado \$500 en ese caso. Debido a que DCSE cobrará una cuota cada año por cada caso elegible, si usted tiene más de un caso, DCSE cobrará más de una cuota cada año. Si no se reciben otras colecciones de sustento después de que DCSE haya enviado \$500 de sustento, o si se reciben menos de \$25, DCSE le enviará un aviso para pagar la cuota en una fecha específica.

DERECHO DE PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN PERSONAL

Nos preocupamos por su seguridad y por la de su familia. Necesitamos saber si usted desea que información personal en su caso de sustento se proteja y no se le dé a conocer a otras agencias estatales y federales como actualmente autoriza la ley. Si usted considera que dar a conocer su dirección o otra información de identificación personal puede resultar en que usted, sus hijas o un pariente que suministra cuidados peligran física o emocionalmente, por favor avísenos inmediatamente.

Usted necesita informarle a DCSE inmediatamente si: (1) alguna vez ha tenido que obtener una orden judicial de refrenal temporal (en inglés, Temporary Restraining Order, TRO) o una Orden de Protección (en inglés, Order of Protection, OP), en contra de su cónyuge actual o anterior o en contra del otro padre de su niño(s); (2) alguna vez ha tenido que llamar a la policía para que venga a su hogar a proteger a usted o a su niño(s) de su cónyuge actual o anterior o del otro padre de su niño(s); o (3) un doctor, hospital, miembro de su familia o vecino sabe que su cónyuge actual o anterior o el otro padre de su niño(s) le ha hecho daño a usted.

Como práctica regular, DCSE no da a conocer información personal (dirección, número de Seguro Social, o fecha de nacimiento, etc.) suya o de su niño(s) excepto en ciertos documentos del tribunal, cuando el tribunal le ordena hacer esto o cuando está autorizado por la ley estatal o federal. Sin embargo, es ahora un requisito federal enviar cierta información personal al Registro de Casos Federales (en inglés, Federal Case Registry, FCR), que es usado por todos los estados para hacer cumplir órdenes de sustento. Si usted reclama que la violencia familiar/doméstica es un asunto en su caso y el de su niño(s), su dirección y su información personal no se le entregarán al Registro de Casos Federales (FCR) y no se les darán a otras agencias estatales y federales como requiere la ley actualmente. Cualquier documento del tribunal que necesite ser presentado al tribunal para recolectar sustento para usted y para su niño(s) sólo dirá que su dirección está "EN EL ARCHIVO DE DES".

OFICINAS DE LA DIVISIÓN PARA SUSTENTO DE MENORES

Servicios a Clientes

P.O. Box 40458
Phoenix, AZ 85067-9917
Teléfono: (602) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Bisbee

Warren Plaza
7 Bisbee Road, Suite D
Bisbee, AZ 85603
Teléfono: (520) 432-3161
Gratis: (866) 358-0616

Oficina de Flagstaff

2323 N. Walgreens St, Suite 100
Flagstaff, AZ 86004
Teléfono: (928) 527-0924
Gratis: (800) 517-7365

Oficina de Glendale

8910 N. 43rd Ave, Suite 105
Glendale, AZ 85302
Teléfono: (623) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Kingman

519 E. Beale St. Suite 110
Kingman, AZ 86401
Teléfono: (928) 753-3134

Oficina de Gilbert

2290 W. Guadalupe Rd.
Gilbert, AZ 85233
Teléfono: (602) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de la valle norte

13610 N. Black Canyon Hwy., #106
Phoenix, AZ 85009
Teléfono: (928) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Safford

1938 Thatcher Blvd.
Safford, AZ 85546
Teléfono: (928) 428-6648

Condado Santa Cruz

1843 N. State Drive, 2nd Floor
Nogales, AZ 85621
Teléfono: (520) 761-4787

Oficina de la valle sur

515 N. 51st Ave., Ste. 120
Phoenix, AZ 85043
Teléfono: (928) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Phoenix

2222 W. Encanto Blvd.
Phoenix, AZ 85009
Teléfono: (602) 252-4045
Gratis: (800) 882-4151

Oficina de Tucson

7202 E. Rosewood, Ste 100
Tucson, AZ 85710
Teléfono: (520) 622-7000

Condado Yavapai (Cottonwood)

1500 E. Cherry
Cottonwood, AZ 86326
Teléfono: (928) 639-3131

Condado Yavapai (Prescott)

122 N Cortez, Suite 306
Prescott, AZ 86301
Teléfono: (928) 771-1090

Oficina de Yuma

1310 S. 3rd Avenue
Yuma, AZ 85364
Teléfono: (928) 539-1998

OFICINAS CONTRATADAS EN LOS CONDADOS

Condado Gila

Child Support Enforcement
157 S. Broad St.
Globe, AZ 85501
Teléfono: (928) 425-4464

Condado La Paz

Child Support Enforcement
1008 Hopi Ave.
Parker, AZ 85344
Teléfono: (928) 669-6469

Condado Navajo

Child Support
121 W. Buffalo
Holbrook, AZ 86025
Teléfono: (928) 524-4730

Condado Pinal

Pinal County Child Support
30 N. Florence St, Building D
Florence, AZ 85232
Teléfono: (520) 866-6615

SOLICITUD DEL TÍTULO IV-D PARA SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

<i>For Official Use Only Solamente Para Uso Oficial</i>	
Date Application Requested	_____
Date Application Mailed/Provided	_____
Date Application Received	_____
ATLAS #	_____

*** POR FAVOR DE LEER ***

- Si usted está solicitando servicios para más de dos niños/as que tienen el mismo padre, por favor pida más páginas para añadir a los niños/as.
- Los siguientes documentos de ben ser proporcionados si están disponibles: Identificación Válida, certificados de nacimiento de todas las partes, tarjetas de Seguro Social de todas las partes, licencias matrimoniales, todas las órdenes de los tribunales y todos los certificados de defunción pertinentes.
- Si usted está solicitando servicios para varios niños/as que involucran a más de un Padre sin custodia, por favor complete una solicitud para cada Padre sin custodia.
- Si usted no tiene la información al día al completar la información sobre la otra persona, por favor complete con la última información conocida.
- Cuando llene esta solicitud, por favor escriba claramente y legiblemente en LETRA DE MOLDE, con tinta negra.
- Si usted está recibiendo o haciendo pagos directos, usted necesitará completar una Declaración Jurada de Pago Directo.

Requisito de Interprete:

¿Necesita usted un intérprete? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el idioma? _____

Instrucciones para llenar esta solicitud:

Por favor elija una de las afirmaciones que están escritas abajo y que mejor lo describen a usted:

- El Padre Quien Tiene La Custodia:** El padre con tiene la custodia es el padre natural o el padre adoptivo, y el niño/a vive con usted. Si USTED es el padre con tiene la custodia, por favor llene la sección 1, 2, y 4 de esta solicitud.
- El Padre Quien No Tiene La Custodia:** El padre sin custodia es el padre natural o adoptivo, o el supuesto padre, y el niño/a no vive con usted. Si USTED es el padre sin custodia, por favor llene la sección 1, 2 y 4 de esta solicitud.
- El Guardián:** El guardián es la persona que cuida la salud y el bienestar del niño/a y tiene la custodia física y legal del niño/a(s) dependiente(s), pero NO es el padre. Si USTED es el guardián, por favor llene TODAS las secciones de esta solicitud.

Section 1: Custodial Parent Information			
(If you are the Caretaker, please complete this section with the mother's information)			
Sección 1: Información sobre el padre quien tiene la custodia			
(Si USTED es el Guardián, favor de llenar esta sección con la información de la madre)			
Full Legal Name (Last) / Nombre legal completo (apellido)		Full Legal Name (First, middle) / Nombre legal completo (Primero, segundo)	
Other Names Used / Otros Nombres Que a Usado		Social Security No. / Núm. de Seguro Social — —	
Place of Birth/ Lugar de nacimiento		Date of Birth (Month, day, year) Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	
Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenina	Is this Custodial Parent a member of a Tribe? / Es éste padre quien tiene la custodia un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, name of Tribe / Si es sí, el nombre del Tribu: _____ Tribal Census Number / El Número tribal de censo: _____		
Residential Address (No., Street) / Domicilio Residencial (Núm., Calle)		City / Ciudad	State / Estado ZIP Code / Código Postal
Mailing Address (No., Street / P.O. Box) / Domicilio de correo (Núm., calle/caja postal)		City / Ciudad	State / Estado ZIP Code / Código Postal
Home Phone No. / Núm. de teléfono de casa	Work Phone No. / Núm. de teléfono de trabajo	Cell or Message Phone No. / Teléfono de celular o mensaje	
Occupation / Ocupación		Employer's Name / Nombre del empleador	
Employer's Address (No., Street) / Dirección del empleador (Núm., calle)		City / Ciudad	State / Estado Zip Code / Código Postal
Has this Custodial Parent ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?) Alguna vez el padre quien tiene la custodia aplicó o recibió los siguientes servicios? (Si es sí, cuando y dónde?)			
1. Child support services / Servicios de sustento de menores <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Dates (month, year) / Fechas (mes, año) _____ Where (city, state) / Dónde (ciudad, estado) _____			
2. Cash assistance / Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Dates (month, year) / Fechas (mes, año) _____ Where (city, state) / Dónde (ciudad, estado) _____			
3. Medical assistance / Asistencia médica <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Dates (month, year) / Fechas (mes, año) _____ Where (city, state) / Dónde (ciudad, estado) _____			
Does an attorney represent this Custodial Parent for any issue regarding the other parent and/or child(ren)? ¿Algún abogado representa al padre que tiene la custodia en asuntos relacionados con el otro padre y/o con el niño/a(s)? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes / Sí si:			
Attorney's Name / Nombre del abogado		Attorney's Phone No. / Núm. de teléfono del abogado	
Physical Description / Descripción física:			
Race / Raza	Weight / Peso	Height / Estatura	Eye Color / Color de ojos Hair Color / Color del cabello
Distinguishing Characteristics (Describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.) Características distintivas (Describe cualquier tatuaje, cicatriz, marca de nacimiento, cabello de cara, anteojos, etc.)			
Other state(s) custodial parent has lived in / Otro(s) estado(s) donde ha vivido el padre que tiene la custodia	Custodial parent's mother's name (First, last) / Nombre de la madre del padre con custodia (nombre, apellido)	Custodial parent's father's name (First, last) / Nombre del padre del padre con custodia (nombre, apellido)	
Current Marital Status / Estado civil actual <input type="checkbox"/> Married / Casado/a <input type="checkbox"/> Divorced / Divorciado/a	If married, spouse's name / Si está casado/a, nombre del cónyuge (Nombre, apellido) /	If divorced, date of divorce, county/state where filed / Si está divorciado/a, fecha del divorcio, condado/estado donde se presentó	
Is this custodial parent pregnant now? / ¿Se encuentra la madre con custodia embarazada? <input type="checkbox"/> Yes / sí <input type="checkbox"/> No	If yes, other parent's name / Si sí, nombre del otro padre		

Section 2: Non-Custodial Parent Information (If you are the Caretaker, please complete this section with the father's information) Sección 2: Información sobre el padre quien NO tiene la custodia (Si Usted es el Guardián, favor de llenar esta sección con la información del padre)				
Full legal name (Last) / Nombre legal completo (Apellido)		Full legal name (First, middle) / Nombre legal completo (Primero, segundo)		
Other names used / Otros nombres que a usado			Social Security No. / Núm. de Seguro Social — —	
Place of birth/ Lugar de nacimiento			Date of birth (Month, day, year) Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	
Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino	Is this Non-Custodial Parent a member of a Tribe? / ¿Es éste Padre que no tiene la custodia miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, name of Tribe / Si es sí, el nombre del Tribu: _____ Tribal Census Number / El Número Tribal de Censo: _____			
Residential address (No., street) / Domicilio residencial (Núm., calle)		City / Ciudad	State / Estado	ZIP Code / Código postal
How did you obtain this information and how reliable is it? / ¿Cómo obtuvo esta información y qué tan fiable es?			Dates at this address / Fechas en esta dirección From/De To/A	
Mailing address (No., street / P.O. box) / Domicilio de correo (Núm., calle/apartado postal)		City / Ciudad	State / Estado	ZIP Code / Código postal
How did you obtain this information and how reliable is it? / ¿Cómo obtuvo esta información y qué tan fiable es?				
Home phone no. / Núm. de teléfono de casa		Work Phone No. / Núm. de teléfono de trabajo		Cell or message phone no. / Teléfono de celular o mensaje
Occupation / Ocupación			Employer's name / Nombre del empleador	
Employer's address (No., street) / Dirección del empleador (Núm., calle)		City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
Has this Non-Custodial Parent ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?) ¿Solicitó o recibió alguna vez el padre que tiene la custodia los siguientes servicios? (Si es sí, cuándo y dónde?)				
1. Child support services / Servicios de sustento de menores <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Dates (month, year) / Fechas (mes, año) _____ Where (city, state) / ¿Dónde? (ciudad, estado) _____				
2. Cash assistance / Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Dates (month, year) / Fechas (mes, año) _____ Where (city, state) / ¿Dónde? (ciudad, estado) _____				
3. Medical assistance / Asistencia médica <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Dates (month, year) / Fechas (mes, año) _____ Where (city, state) / ¿Dónde? (ciudad, estado) _____				
Does an attorney represent this Non-Custodial Parent for any issue regarding the other parent and/or child(ren)? ¿Algún abogado representa al padre que no tiene la custodia en los asuntos relacionados con el otro padre y/o con el niño/a(s)? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No				
Attorney's Name / Nombre del abogado			Attorney's Phone No. / Núm. de teléfono del abogado	
Physical Description / Descripción física:				
Race / Raza	Weight / Peso	Height / Estatura	Eye Color / Color de ojos	Hair Color / Color de cabello
Distinguishing characteristics (Describe any tattoos, scars, birthmarks, facial hair, glasses, etc.) Características distintivas (Describe cualquier tatuaje, cicatriz, marca de nacimiento, cabello de cara, anteojos, etc.)				

Section 3: Caretaker Information (If YOU are the person who cares for the child's health or welfare and has physical or legal custody of the dependent child(ren) and are NOT the parent, please complete this section.) Sección 3: Información sobre el Guardián (Si USTED es la persona quien cuida de la salud y del niño/a y tiene la custodia física y legal del/de la niño/a dependiente y NO es el padre, favor de llenar esta sección.)			
Full legal name (Last) / Nombre legal (Apellido)		Full legal name (First, middle) / Nombre legal (Primero, segundo)	
Other names used / Otros nombres que a usado		Social Security No. / Núm. de Seguro Social — —	
Place of birth/ Lugar de nacimiento		Date of birth (Month, day, year) Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	
Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino	Are you (the Caretaker) a member of a Tribe? / ¿Usted (el Guardián) un miembro de una Tribu? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, name of Tribe / Si es sí, el nombre del Tribu: _____ Tribal Census Number / El Número tribal de censo: _____		
Residential address (No., street) / Domicilio residencial (Núm., calle)		City / Ciudad	State / Estado
Mailing address (No., street / P.O. box) / Domicilio de correo (Núm., calle/Caja postal)		City / Ciudad	State / Estado
Home phone no. / Núm. de teléfono de casa	Work phone no. / Núm. de teléfono de trabajo	Cell or message phone no. / Teléfono celular o de mensajes	
For each child listed, when did you (the Caretaker) obtain physical custody of the child(ren)? / Por cada niño(a) indicado(a), ¿cuándo obtuvo usted (el Guardián) la custodia física del niño(a)?			
Do you (the Caretaker) have legal guardianship of the child? / ¿Tiene usted (el Guardián) custodia legal de este niño(a)?			
Child's name / Nombre del niño/a	Date of custody (Month, year) Fecha de custodia (mes, año)	Legal guardianship Custodia legal	
		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
What is your (the Caretaker's) relationship to the mother of the child(ren)? ¿Cual es su relación (el Guardián) con la madre del niño/a(s)?		What is your (the Caretaker's) relationship to the father of the child(ren)? ¿Cual es su relación (el Guardián) con el padre del niño/a(s)?	
Have you (the Caretaker) ever applied for or received the following services? (If yes, when and where?) ¿Alguna vez usted (el Guardián) solicitó o recibió los siguientes servicios? (Si es sí, ¿cuándo y dónde?)			
1. Child support services / Servicios de sustento de menores <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Dates (month, year) / Fecha (mes, año) _____		Where (city, state) / ¿Dónde? (ciudad, estado) _____	
2. Cash assistance / Asistencia de dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Dates (month, year) / Fecha (mes, año) _____		Where (city, state) / ¿Dónde? (ciudad, estado) _____	
3. Medical assistance / Asistencia médica <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Dates (month, year) / Fecha (mes, año) _____		Where (city, state) / ¿Dónde? (ciudad, estado) _____	
Does an attorney represent you (the Caretaker) for any issue regarding the parents and/or child(ren)? ¿Está representado usted (el Guardián) por un abogado en cualquier asunto relacionado con el niño/a(s)?			
<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Attorney's name / Nombre del abogado		Attorney's phone no. / Núm. de teléfono del abogado	

Section 4a: Child #1 Information

(If you are applying for services for more than two children with the same father, complete a supplemental page for each additional child.)

Sección 4a: Información sobre el niño/a #1

(Si usted solicitó servicios para más de dos niños/as que tienen el mismo padre, favor de solicitar páginas adicionales.)

Legal name (Last) / Nombre legal (Apellido)		Legal name (First, middle) / Nombre legal (Primero, segundo)		
Social Security No. / Núm. de Seguro Social — — —		Does this child live with you? ¿Este niño/a vive con usted? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No		How are you related to this child? / ¿Es usted familia del este niño/a?
Date of Birth (Month, day, year) Fecha de nacimiento (Mes, día, año)		Place of Birth (City, state, county) Lugar de nacimiento (Ciudad, estado, condado)		Place of Conception (City, state) Lugar donde concibió (Ciudad, estado)
Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male / Masculino <input type="checkbox"/> Female / Femenino		Has the Non-Custodial Parent lived with this child in Arizona? / ¿Ha vivido el Padre sin custodia con este niño/a en Arizona? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No		
Race / Raza <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH <input type="checkbox"/> OTH		Is this child a member of a Tribe? / ¿Es este niño/a miembro de un Tribu? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, name of Tribe / Si es sí, el nombre del Tribu: _____ Tribal Census Number / El Número tribal de censo: _____		
What was the relationship between the biological parents at the time of this child's birth? / ¿Cuál fue la relación entre los padres biológicos durante el nacimiento del niño/a? <input type="checkbox"/> Never married / Nunca estuvieron casados <input type="checkbox"/> Married / Casados <input type="checkbox"/> Divorced / Divorciados				
Was the mother married to anyone when she became pregnant or when the child was born? ¿Estaba la madre casada con alguien cuando quedó embarazada o cuando nació el niño/a? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, to whom? / Si es sí, ¿con quién? _____ Date of marriage (month, day, year) / Fecha de matrimonio (mes, día, año) _____ Place of marriage (city, county, state) Lugar donde se llebo acabo el matrimonio (ciudad, condado, estado) _____ Date of divorce (month, day, year) / Fecha del divorció (mes, día, año) _____ Place of divorce (city, county, state) Lugar donde de divorció (ciudad, condado, estado) _____				
Is any man named as the father on this child's birth certificate? ¿Está nombrado algún hombre como padre en el acta de nacimiento del niño? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, what is his name? / Si es sí, ¿cuál es su nombre? _____				
Does a court order exist that addresses this child? If yes, provide the county, state and court order number. Mark all that apply. / ¿Existe una orden del tribunal que nombre a este niño? Si es si, proveer el condado, estado y el numero de la orden del tribunal. Marque todo lo que se aplique.				
	Existing Order Orden existe	County / Condado	State / Estado	Court Order No. Núm. de la orden del tribunal
Paternity / Paternidad	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Child Support / Sustento de menores	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Medical/Dental / Médico/Dental	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Custody/Visitation / Custodia/Visitación	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Guardianship / Tutela	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Termination of Parental Rights Terminación de derechos parentales	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Adoption Pending / Final Adopción pendiente / Final	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Legal Separation / Separación legal	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Divorce Decree / Annulment Decreto de divorcio / Anulación	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			

Section 4b: Child #2 Information

(If you are applying for services for more than two children with the same father, complete a supplemental page for each additional child.)

Sección 4b: Información sobre el niño/a #2

(Si usted solicitó servicios para más de dos niños/as que tienen el mismo padre, favor de solicitar páginas adicionales.)

Legal name (Last) / <i>Nombre legal (Apellido)</i>		Legal name (First, middle) / <i>Nombre legal (Primero, segundo)</i>		
Social Security No. / <i>Núm. de Seguro Social</i> — — —		Does this child live with you? <i>¿Este niño/a vive con usted?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No		How are you related to this child? / <i>¿Es usted familia del este niño/a?</i>
Date of Birth (Month, day, year) <i>Fecha de nacimiento (Mes, día, año)</i>		Place of Birth (City, state, county) <i>Lugar de nacimiento (Ciudad, estado, condado)</i>		Place of Conception (City, state) <i>Lugar donde concibió (Ciudad, estado)</i>
Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male / <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femenino</i>		Has the Non-Custodial Parent lived with this child in Arizona? / <i>¿Ha vivido el Padre sin custodia con este niño/a en Arizona?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No		
Race / Raza <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> WH <input type="checkbox"/> OTH		Is this child a member of a Tribe? / <i>¿Es este niño/a miembro de un Tribu?</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, name of Tribe / <i>Si es sí, el nombre del Tribu:</i> _____ Tribal Census Number / <i>El Número tribal de censo:</i> _____		
What was the relationship between the biological parents at the time of this child's birth? / <i>¿Cuál fue la relación entre los padres biológicos durante el nacimiento del niño/a?</i> <input type="checkbox"/> Never married / <i>Nunca estuvieron casados</i> <input type="checkbox"/> Married / <i>Casados</i> <input type="checkbox"/> Divorced / <i>Divorciados</i>				
Was the mother married to anyone when she became pregnant or when the child was born? <i>¿Estaba la madre casada con alguien cuando quedó embarazada o cuando nació el niño/a?</i> <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No If yes, to whom? / <i>Si es sí, ¿con quién?</i> _____ Date of marriage (month, day, year) / <i>Fecha de matrimonio (mes, día, año)</i> _____ Place of marriage (city, county, state) <i>Lugar donde se llebo acabo el matrimonio (ciudad, condado, estado)</i> _____ Date of divorce (month, day, year) / <i>Fecha del divorció (mes, día, año)</i> _____ Place of divorce (city, county, state) <i>Lugar donde de divorció (ciudad, condado, estado)</i> _____				
Is any man named as the father on this child's birth certificate? <i>¿Está nombrado algún hombre como padre en el acta de nacimiento del niño?</i> <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No If yes, what is his name? / <i>Si es sí, ¿cuál es su nombre?</i> _____				
Does a court order exist that addresses this child? If yes, provide the county, state and court order number. Mark all that apply. / <i>¿Existe una orden del tribunal que nombre a este niño? Si es si, proveer el condado, estado y el numero de la orden del tribunal. Marque todo lo que se aplique.</i>				
	Existing Order <i>Orden existe</i>	County / Condado	State / Estado	Court Order No. <i>Núm. de la orden del tribunal</i>
Paternity / Paternidad	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Child Support / Sustento de menores	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Medical/Dental / Médico/Dental	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Custody/Visitation / Custodia/Visitación	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Guardianship / Tutela	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Termination of Parental Rights <i>Terminación de derechos parentales</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Adoption Pending / Final <i>Adopción pendiente / Final</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Legal Separation / Separación legal	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			
Divorce Decree / Annulment <i>Decreto de divorcio / Anulación</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No			

**Requisitos Para Cooperar
La División de Sustento de Menores**

Yo entiendo que como solicitante de los servicios de sustento de menores se me requiere cooperar con el programa del estado de sustento de menores. Esto incluye el proveer información verbal y por escrito, participar en los exámenes genéticos para establecer la paternidad, presentarme como testigo a audiencias tribunales según sean necesarias para proceder con los servicios de sustento de menores que se solicitaron e informar a la agencia de sustento de menores sobre cualquier cambio en domicilio y/o número de teléfono. **Yo entiendo que no cooperar puede resultar en que se cierre mi caso. (Vea la explicación en Los Derechos y Responsabilidades)**

Yo entiendo que la agencia del Título IV-D tiene el derecho a determinar cuáles servicios de sustento de menores se me proveerán para recolectar el sustento del menor.

Yo entiendo que la agencia del Título IV-D tiene la responsabilidad de proteger toda información personal indentificadora cuando reciba un pedido de que no se debe revelar la información por razones de violencia doméstica y familiar. **Yo también entiendo que la ley le permite a un tribunal que le ordene a la agencia del Título IV-D que revele la información si el tribunal decide que el revelar la información no pondría en riesgo mi salud, seguridad, o libertad o la del niño/a(s).**

Yo entiendo que los servicios legales para el estado se pueden proveer por medio de abogados privados o por los abogados de las Oficinas de Abogados del Condado o de las Oficinas de Abogados Generales. **Yo también entiendo que tal abogado no me representa a mi o al niño/a(s) apuntado aquí, pero sí representa al Estado de Arizona.**

Entiendo que soy legalmente responsable de pagarle o devolverle al Estado de Arizona cualquier cantidad de dinero que me haya pagado equivocadamente.

Acuerdo por este medio recibir por correo de primera clase todo documento legal y cualquier aviso que se archivó en el tribunal por medio del Estado de Arizona. Además renuncio a los servicios personales y estoy de acuerdo en aceptar el servicio de proceso por correo de primera clase de cualquier y todo documento archivado en el tribunal por medio del Estado de Arizona en su intento de establecer la paternidad o el establecer, modificar, o recolectar la orden de sustento de menores. Esta renuncia se mantiene en efecto hasta que mi caso del IV-D se cierre.

AFIRMACIÓN: Yo solicité los servicios de sustento de menores conforme al código federal 42-U.S.C. §§ 651-669, de otro modo conocido como el "Título IV-D del Acto de Seguro Social". Según el A.R.S. §41-1954, el Departamento de Seguridad Económica / División de Sustento de Menores ha sido designado como la agencia IV-D del Estado de Arizona. Yo afirmo bajo posible pena de perjurio o falso juramento que esta solicitud fue hecha con el sólo propósito de obtener sustento de menores de un individuo(s) quien es/son/puede que sea responsable del sustento del niño(s) dependiente, y que yo examiné las declaraciones en esta solicitud y/o los documentos que le acompañan y que en lo mejor de mi conocimiento y creencia los encuentro verdaderos y correctos. Yo entiendo que la agencia del IV-D se reserva el derecho de determinar cuáles servicios de sustento de menores se me proveerán para recolectar el sustento del menor.

Yo estoy consciente de que si mi caso va al tribunal la información que contiene este documento, INCLUYENDO mi domicilio, número de seguro social, y mi nombre completo puede llegar a ser un asunto de archivo público, a no ser que yo le informe a la agencia del Título IV-D que proteja la información y que no la revelen por razones de violencia doméstica y familiar.

Yo estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones declarados en Los Derechos y Responsabilidades.

LA SOLICITUD NO ES VÁLIDA SIN LA FIRMA

Applicant's Full Legal Name (Should match applicant's signature) / <i>Nombre Legal Completo del/de la Solicitante (Debe ser el mismo que el de la firma del/de la solicitante)</i>	
Applicant's Signature / <i>Firma del solicitante</i>	Date / <i>Fecha</i>
Print Witness Name (Required) / <i>Nombre del Testigo en letra molde (requerido)</i>	
Witness Signature (Required) / <i>Firma del Testigo (requerido)</i>	Date / <i>Fecha</i>

NOTA: Para poder ser testigo, la persona tiene que tener por lo menos 18 años de edad y no puede estar relacionada con ninguno de los padres por medio de sangre o matrimonio.